

## **Trabajo de Fin de Grado**

# **NUEVOS ROLES DE ENFERMERÍA EN EL ABORDAJE DE ENFERMEDADES CRÓNICAS**

**NEW NURSING ROLES IN ADDRESSING CHRONIC DISEASES**

**Grado de Enfermería. Curso 2019-2020**

Autora: María Sanz Blázquez

Tutora: María Victoria Navarta Sánchez



# ÍNDICE

ACRÓNIMOS .....	2
RESUMEN .....	3
ABSTRACT .....	4
<b>1. INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>5</b>
1.1 Concepto y prevalencia de las enfermedades crónicas.....	5
1.2 Principales causas y consecuencias del incremento de las enfermedades crónicas .....	5
1.3 Enfermera de enlace, enfermera gestora de casos y enfermera de práctica avanzada .....	7
1.4 Justificación .....	9
1.5 Objetivos.....	11
<b>2. METODOLOGÍA .....</b>	<b>12</b>
<b>3. RESULTADOS.....</b>	<b>18</b>
3.1 Funciones de la enfermera gestora de casos, la enfermera de enlace y la enfermera de práctica avanzada.....	29
3.2 Beneficios de la implementación de estas figuras de enfermería en la atención a pacientes con enfermedades crónicas .....	38
3.3 Principales barreras para la implementación de estas figuras de enfermería .....	42
<b>4. CONCLUSIONES.....</b>	<b>44</b>
<b>5. BIBLIOGRAFÍA.....</b>	<b>47</b>

## ACRÓNIMOS

ACRÓNIMO	SIGNIFICADO	TRADUCCIÓN
ABVD	Actividades Básicas de la Vida Diaria	Basic activities of daily living (BADL)
AVAD	Años de Vida Ajustados por Discapacidad	Disability adjusted life years (DALY)
BB	Bounceback Probability Legend	Leyenda de Probabilidad de Rebote
EAD	Enfermera de Atención Directa	Direct Care Nurse
ECE	Enfermera Clínica Especialista	Clinical Nurse Specialist
EPA	Enfermera de Práctica Avanzada	Advanced Practice Nurse
EPOC	Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica	Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD)
ERC	Enfermedad Renal Crónica	Chronic Kidney Disease
GCC	Enfermera Gestora de Continuidad de Cuidados	Nurse Care Continuity Management
GPLN	General Practitioner Liaison Nurse	Enfermera de Enlace
LACE	LACE Index Scoring	Puntuación del índice LACE

## **RESUMEN**

Objetivo: Conocer la situación actual de la enfermera de enlace, la enfermera gestora de casos y la enfermera de práctica avanzada en el abordaje de las enfermedades crónicas.

Método: Se llevó a cabo una revisión narrativa en diferentes bases de datos: Cinahl, Pubmed y Cuiden.

Resultados: Se obtuvieron 18 artículos, en su mayoría investigaciones cualitativas y artículos de opinión. Los artículos revisados no evidencian claras diferencias entre estos tres roles de enfermería, principalmente, entre la enfermera de enlace y la enfermera gestora de casos, en el abordaje de las enfermedades crónicas. Esta revisión ha permitido establecer las funciones llevadas a cabo por estos tres roles de enfermería, entre las que destacan, la coordinación de los diferentes servicios sociosanitarios, el seguimiento y la continuidad en la atención a los pacientes con enfermedades crónicas, su empoderamiento y la realización de intervenciones de Educación para la Salud. Estas funciones logran resultados de gran impacto tales como la reducción de costes, la mejora en la salud de esta población, el incremento en el automanejo y una mayor satisfacción de los pacientes. A pesar de estos beneficios, aún existen barreras que dificultan la implementación definitiva de estos nuevos roles en el sistema sanitario.

Conclusiones: El aumento de la cronicidad a consecuencia del cambio demográfico y los avances científicos y tecnológicos hace necesario la reforma del sistema sanitario. La incorporación de estos nuevos roles de enfermería de forma más permanente, podría abordar de forma más eficaz las necesidades de las personas con enfermedades crónicas.

Palabras clave: enfermedades crónicas, enfermera de enlace, enfermera gestora de casos, enfermera de práctica avanzada, cuidados integrales, continuidad de la atención, revisión narrativa.

## **ABSTRACT**

**Objective:** To know the current situation of the liaison nurse, the nurse case manager and the advanced practice nurse in addressing chronic diseases.

**Method:** A narrative review was conducted in different databases: Cinahl, Pubmed and Cuiden.

**Results:** Eighteen articles were obtained, mostly qualitative research and opinion articles. The reviewed articles do not show clear differences between these three nursing roles, mainly between the nurse liaison and the nurse case manager in addressing chronic diseases. This review has established the functions carried out by these three nursing roles, which are mainly the coordination of the different social and health services, the monitoring and continuity of care for patients with chronic diseases, their empowerment and the performance of Health Education interventions. These functions cause results of great impact such as reducing costs, improving the health of this population, increasing self-management and greater patient satisfaction. Despite these benefits, there are still barriers that hinder the definitive implementation of these new roles in the health system.

**Conclusions:** The increase of chronicity as a result of demographic change and scientific and technological advances makes necessary to reform the health system. The inclusion of these new nursing roles more permanently could more effectively address the needs of people with chronic illnesses.

**Key words:** chronic diseases, liaison nurse, nurse case manager, advanced practice nurse, comprehensive care, continuity of care, narrative review.

## **1. INTRODUCCIÓN**

### **1.1 Concepto y prevalencia de las enfermedades crónicas**

Las enfermedades crónicas son consideradas enfermedades de larga duración y en general de progresión lenta, provocando una limitación en la calidad de vida y ocasionando efectos psicológicos, económicos y sociales en la sociedad en general <sup>1</sup>. Las principales enfermedades crónicas a nivel mundial son las enfermedades cardíacas, los infartos, el cáncer, las enfermedades respiratorias y la diabetes <sup>2</sup>.

Actualmente las enfermedades crónicas son consideradas la principal causa de muerte a nivel mundial, siendo las responsables de un 63% de las muertes <sup>2</sup>. Además, suponen un importante problema de salud pública ya que causan un deterioro funcional progresivo, pérdida de autonomía y calidad de vida, y un aumento de morbilidad <sup>3</sup>. Todo esto se traduce en una falta de bienestar tanto para la persona que lo sufre como para sus familiares. Además, las enfermedades crónicas generan un mayor uso de los servicios sanitarios, ocasionando un 80% de las consultas en Atención Primaria, un 60% de los ingresos hospitalarios, un 33% del uso del servicio de urgencias y un 70% del gasto sanitario <sup>3</sup>.

### **1.2 Principales causas y consecuencias del incremento de las enfermedades crónicas**

Es importante destacar que los avances tecnológicos y científicos han ayudado a un aumento de la supervivencia en las enfermedades que anteriormente se consideraban mortales o no eran diagnosticadas adecuadamente. Por lo tanto, esto ha supuesto un importante incremento en la cronicidad <sup>4</sup>. El término cronicidad hace referencia a la presencia de problemas de salud y limitaciones en las actividades de carácter duradero. Se relaciona con la pluripatología, la comorbilidad y la fragilidad <sup>5</sup>.

Por otro lado, y relacionado con lo anterior, el envejecimiento de la población sigue en aumento en nuestro país desde hace alrededor de cien años, estimándose que para el año 2031 el porcentaje de población mayor de 65 años será de un 35,6%, mientras que en 2016 era de un 18,7% <sup>4</sup>. En la Unión Europea, el porcentaje de personas mayores de 65 años aumentará a un 27,5% en 2050, en comparación con un 16,1% en el año 2000 <sup>6</sup>.

Desde hace alrededor de una década existe un aumento en discapacidad y comorbilidad debido al incremento de enfermedades crónicas en la población mayor de 65 años, ocasionando un empeoramiento en la salud y una mayor necesidad del uso de los recursos sociosanitarios <sup>5</sup>. El envejecimiento es responsable de una disminución de la capacidad funcional de la persona, y aunque no implica siempre una enfermedad, hace que el individuo sea más vulnerable a padecerla <sup>4</sup>. La presencia de procesos agudos en la población de edad avanzada cada vez es menor, al contrario que los procesos crónicos, que se hacen más frecuentes en esta etapa de la vida. Esto hace que aumente la dependencia y la necesidad de apoyo familiar <sup>1</sup>.

El aumento de la esperanza de vida es un factor clave en el aumento de la cronicidad, pero no por ello hay que asociar la enfermedad crónica con la persona mayor. Las personas de edad avanzada no son las únicas afectadas por enfermedades crónicas, ya que muchos de los años perdidos por discapacidad, conocidos como años de vida ajustados a discapacidad (AVAD) corresponden a personas menores de 60 años <sup>1</sup>.

Como se ha dicho anteriormente, el aumento del envejecimiento de la población y como consecuencia el incremento de las enfermedades crónicas, supone una mayor discapacidad y dependencia en las personas que lo sufren y esto, provoca un impacto considerable en los cuidadores informales. Afecta de forma negativa a su salud física y mental y son propensos a desarrollar sentimientos de ansiedad, pérdida de control y culpa<sup>7</sup>. La carga de trabajo que experimentan los cuidadores informales de personas dependientes depende de diferentes factores como son por ejemplo las horas dedicadas al cuidado informal, la situación de dependencia que presenta la persona cuidada, las dificultades económicas y el acceso a los diferentes servicios sociosanitarios <sup>7</sup>. El conocimiento de la carga de trabajo y las consecuencias sobre su salud y sobre las actividades económicas, laborales y sociales que sufren los cuidadores principales de las personas con enfermedades crónicas es fundamental para llevar a cabo programas de apoyo y cuidados dirigidos a los cuidadores, abordando los problemas y previniendo las posibles patologías y los riesgos derivados de sus funciones de cuidador <sup>1</sup>.



### **1.3 Enfermera de enlace, enfermera gestora de casos y enfermera de práctica avanzada**

La importancia de dar respuesta a las demandas derivadas de la cronicidad, hace necesario que se trabaje con equipos multidisciplinares para el abordaje de las enfermedades crónicas, en los que Enfermería tiene un papel destacado <sup>8</sup>.

Estos equipos multidisciplinares trabajan para aumentar la calidad de vida de las personas con enfermedades crónicas. No obstante, para asegurar la sostenibilidad de los sistemas sanitarios se necesitan estrategias que permitan disminuir los elevados costes provocados por la cronicidad. Este contexto ha motivado que surjan nuevos roles de enfermería encargados de la gestión, el seguimiento y el control de los pacientes con enfermedades crónicas. Estas figuras son: la enfermera de enlace, la enfermera gestora de casos y la enfermera de práctica avanzada <sup>8</sup>.

Las enfermeras de enlace comienzan a ser mencionadas por primera vez por Peplau y Johnson en los años 1963 y 1964, haciendo referencia a enfermeras de enlace de salud mental <sup>9</sup>. En Reino Unido también se empieza a hablar de las enfermeras de enlace en los años setenta, centrando la atención en pacientes psiquiátricos <sup>9</sup>. En España la trayectoria de las enfermeras de enlace comienza en el año 1999, en Canarias y en Cataluña, encargándose principalmente de la mejora en la comunicación de los servicios hospitalarios y la Atención Primaria <sup>9</sup>. Posteriormente, en 2002 en Andalucía aparece la incorporación de esta figura de enfermería, principalmente para la mejora de la atención domiciliaria <sup>9</sup>.

La enfermera de enlace surgió fundamentalmente para responder a las necesidades de atención de una población cada vez más envejecida debido al aumento de la esperanza de vida y la cronicidad. Esto aumentaba la dependencia, lo que hacía necesario una modificación en la atención, especialmente, aumentando las demandas de los cuidados domiciliarios. En la atención domiciliaria participan diferentes profesionales y proveedores de salud, pero ninguno de ellos puede responder a las demandas de cuidados de los pacientes y sus familias por sí solos. Por eso era necesario la creación de esta figura, encargada principalmente de la coordinación de los diferentes niveles asistenciales, garantizando la continuidad de la atención <sup>9</sup>. Por lo tanto, la enfermera de enlace puede definirse como aquel profesional de enfermería que se encarga principalmente de

coordinar el trabajo de los diferentes profesionales sanitarios y participa en la asignación de los diferentes recursos asistenciales <sup>10</sup>.

La gestión de casos surge en Estados Unidos en el año 1970 <sup>11</sup>, momento en el que había un incremento de la incidencia de las enfermedades crónicas. Se estaban empezando a identificar brechas entre servicios y se empezaban a realizar avances tecnológicos, pero resultaban caros para su implementación. La gestión de casos surgió para obtener una mejora de resultados en un sistema que aumentaba en complejidad <sup>12</sup>. Este modelo de gestión de casos comenzó a llevarse a cabo por enfermeras comunitarias, pero a principios de 1990 se empezó a utilizar en la atención de procesos agudos <sup>12</sup>.

La gestión de casos se trata de un modelo que busca potenciar la autonomía de los pacientes y la participación social, además de mejorar el uso de recursos gracias a la coordinación. Se trata de un modelo verdaderamente útil en el abordaje de las enfermedades crónicas ya que las enfermeras que trabajan en la gestión de casos favorecen el acceso a los recursos gracias a su función coordinadora y facilitan la continuidad del cuidado <sup>11</sup>. Además, estas enfermeras también trabajan cubriendo las necesidades de las familias de pacientes crónicos, ya que son claves en su cuidado <sup>11</sup>.

En España, la figura de la enfermera gestora de casos aparece en 1990 en Canarias <sup>13</sup>, y posteriormente se empezó a utilizar en otras comunidades como Cataluña, Andalucía, Valencia, Murcia y Madrid <sup>14</sup>. No se define como una especialidad, sino como un modelo que influye positivamente en el abordaje de las condiciones crónicas <sup>13</sup>. Existen diferentes modelos de gestión de casos en función de las necesidades de cada comunidad autónoma, algo que ocasiona confusión y dificulta una definición clara y única de la enfermera gestora de casos. A pesar de esto, la gestión de casos tiene unas características comunes en todos los modelos existentes: son enfermeras que asumen nuevas competencias, desarrollan continuidad de cuidados al paciente y al cuidador, realizan coordinación e integración de los diferentes niveles asistenciales, ofrecen cuidados de complejidad elevada, trabajo multidisciplinar y en equipo para asegurar la continuidad asistencial <sup>14</sup>.

La enfermera de práctica avanzada tiene sus orígenes en las décadas de los 70 y 80 en Estados Unidos con el nombre de “*Advanced Practice Registered Nurse*” <sup>8</sup>. Posteriormente se expandió a países como Canadá, Reino Unido, Bélgica, Australia e Irlanda. El desarrollo de la Enfermera de Práctica Avanzada (EPA) en cada país ha sido diferente dependiendo del contexto político, económico, social y sanitario de cada país <sup>15</sup>.

En sus orígenes, la EPA surgió para dar respuesta a la falta de personal médico, debido a las crecientes demandas de la población. Más adelante, se utilizó con la finalidad de encontrar sistemas más costo-efectivos que permitieran un fácil acceso a unos servicios coordinados y de calidad. Inicialmente, esta figura estaba orientada a áreas específicas como la Pediatría y Urgencias, pero posteriormente se expandió a Atención Primaria, creándose un modelo alterno de atención a personas con condiciones crónicas <sup>15</sup>.

La enfermera de práctica avanzada es definida como *“aquella enfermera registrada que ha adquirido una base de conocimientos expertos, habilidades complejas en la toma de decisiones y competencias clínicas para la práctica ampliada. Sus características están modeladas por el contexto y/o país para el cual esté acreditada para trabajar”* <sup>16</sup>.

En España, la falta de médicos que puede aumentar con el paso de los años y la precariedad laboral en enfermería justificarían un mayor desarrollo y avance de la EPA<sup>17</sup>. En nuestro país, el desarrollo de la EPA no es posible sin la presencia de un marco legislativo <sup>17</sup>. Para su avance en España es necesario que previamente se haga un análisis de la situación y una planificación, para posteriormente poder desarrollar esta figura <sup>17</sup>. Actualmente, no existe un marco normativo que exponga una definición de la EPA para el sistema de salud en el que se desarrolle su perfil, los requerimientos, las responsabilidades y los ámbitos de actuación de esta enfermera <sup>8</sup>. En este sentido, una mayor clarificación de qué es lo que puede realizar una EPA que no pueda realizar otro tipo de enfermera, facilitaría la implantación de este rol en el sistema sanitario <sup>8</sup>.

#### **1.4 Justificación**

Actualmente, el sistema sanitario presenta una importante fragmentación de los servicios asistenciales. Resulta verdaderamente importante que exista una mayor integración y coordinación de los diferentes niveles de atención <sup>6</sup>.

Es importante realizar un cambio en el abordaje de las enfermedades crónicas y pasar de un modelo centrado en la curación y considerando al paciente como un sujeto pasivo, a un modelo que se centre en las necesidades de los pacientes, aportándoles mayor información y autonomía en el proceso de enfermedad y ofreciendo al paciente un rol más activo <sup>6</sup>. Es necesario fortalecer las competencias de los profesionales dentro de un equipo multidisciplinar que permita el empoderamiento de los pacientes y sus familias,

consiguiendo una mejora en el automanejo y en la calidad de vida de las personas con enfermedades crónicas <sup>4</sup>.

Los sistemas sanitarios se han tenido que adaptar a estas nuevas necesidades de los pacientes con enfermedades crónicas <sup>18</sup>. Para ello han optado por la incorporación de “cuidados integrados” dirigidos a los pacientes y a la familia, cuyas características principales son el liderazgo clínico y la participación de profesionales de diferentes niveles asistenciales, considerando al paciente, la familia y la comunidad como puntos centrales en el cuidado <sup>18,19</sup>. Estos modelos de cuidados aportan mayores niveles de efectividad, calidad y eficiencia, pero a pesar de ello, los programas que añaden de forma eficaz la atención integrada son escasos <sup>18</sup>.

La incorporación de las nuevas figuras de enfermería, explicadas anteriormente, podría ayudar a mejorar el abordaje de las enfermedades crónicas, llevando a cabo “cuidados integrados” y consiguiendo los beneficios que esto supone en el manejo de enfermedades crónicas <sup>8</sup>. Se aproximarían los cuidados al ámbito domiciliario y se aportaría una mejor atención tanto a pacientes como a sus familiares, además de crear ambientes de mayor confianza y colaborar en el aumento de empoderamiento de estos pacientes. Por otro lado, estas figuras podrían mejorar la coordinación entre los diferentes niveles asistenciales, aportando una mejora en la utilización de los recursos disponibles para esta población <sup>8</sup>.

La enfermera de enlace y la enfermera gestora de casos son dos roles que se han ido desarrollando en diferentes países y de diversa forma, como se ha expuesto anteriormente. En España, en muchas comunidades autónomas se han ido desarrollando nuevos roles con competencias ampliadas que se diferencian de la formación básica del diplomado/graduado en Enfermería, puestos en marcha para responder a las nuevas demandas de atención. El principal rol adoptado por las diferentes comunidades autónomas es la enfermera gestora de casos como un nuevo modelo de atención a la población crónica <sup>8</sup>. Por el contrario, la figura de la enfermera de práctica avanzada parece estar más evolucionada en otros países, ya que en España todavía no se ha conseguido un desarrollo definitivo de esta enfermera <sup>8</sup>.

A pesar de que estos tres roles de enfermería se empezaron a desarrollar hace varias décadas, a día de hoy es necesario seguir fomentando su desarrollo y definición de una manera más clara y concreta <sup>8</sup>. En España, estos roles de enfermería aún no están lo suficientemente extendidos y se requiere mayor clarificación de sus funciones, así como

de sus competencias. La presencia de estas tres figuras de enfermería en el sistema sanitario, podría mejorar la calidad de la atención en pacientes que presentan enfermedades crónicas, además de la sostenibilidad del sistema sanitario.

Por todo esto, en el presente trabajo se ha realizado una revisión narrativa para conocer la situación actual de estos tres roles de enfermería y de cómo pueden influir en el abordaje de las enfermedades crónicas. Conocer cómo se han adaptado estas tres figuras de enfermería en diferentes países y en algunas comunidades autónomas de España, podría ayudar a que estos roles adquirieran un mayor protagonismo en el Sistema Nacional de Salud.

## **1.5 Objetivos**

En esta revisión narrativa se estableció un objetivo general y varios objetivos específicos.

### **OBJETIVO GENERAL**

- Conocer la situación actual de la enfermera de enlace, la enfermera gestora de casos y la enfermera de práctica avanzada en el abordaje de las enfermedades crónicas.

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Describir las actividades que realiza la enfermera de enlace, la enfermera gestora de casos y la enfermera de práctica avanzada en la atención de personas con enfermedades crónicas.
- Evaluar los beneficios aportados por estos tres roles de enfermería en las personas con enfermedades crónicas, sus familiares y el sistema sanitario.
- Analizar las dificultades que existen para el desarrollo de estas tres figuras de enfermería en la asistencia sanitaria.

## 2. METODOLOGÍA

Se realizó una revisión narrativa a partir de la búsqueda en las bases de datos Pubmed, Cinahl y Cuiden.

La base de datos de Pubmed fue utilizada en este trabajo por estar especializada en ciencias de la salud, disponiendo de más de 19 millones de referencias bibliográficas y pudiendo obtener resúmenes de artículos o textos completos de revistas, estando en constante actualización<sup>20</sup>. Además, ofrece un libre acceso a la base de datos de Medline, siendo esta la base de datos más importante de la NLM, abarcando fundamentalmente temas de medicina, enfermería, oncología, odontología, veterinaria, salud pública y ciencias preclínicas<sup>21</sup>.

Otra de las bases de datos escogida fue Cinahl ya que es considerada la base de datos más importante de Enfermería. Ofrece artículos desde 1982 hasta la actualidad, y diferentes herramientas como referencias de audiovisuales, capítulos de libros, conferencias, tesis doctorales, entre otros<sup>22</sup>.

Por último, se utilizó la base de datos Cuiden. Ofrece artículos de revistas científicas, libros, monografías o documentos no publicados que han sido previamente evaluados por expertos. Los temas que tratan están relacionados con cuidados de la salud, con contenido clínico-asistencial y de promoción de la salud. Dentro de esta base de datos se utilizó la versión de Cuiden Plus, que permite acceder al texto completo de los documentos en caso de que estén disponibles y obtener las referencias bibliográficas con el resumen del autor<sup>23</sup>.

Antes de comenzar a elaborar las búsquedas bibliográficas, se establecieron unos límites de búsqueda y unos criterios de inclusión/exclusión en función de los objetivos establecidos en el presente trabajo, los cuales se detallan a continuación:

### Límites de búsqueda:

- Artículos comprendidos entre 2015 y 2019 (incluidos ambos años).
- Idiomas: inglés y español.

#### Criterios de inclusión utilizados:

- Artículos que incluyan el rol de la enfermera de enlace, la enfermera gestora de casos y/o enfermera de práctica avanzada en enfermedades crónicas.
- Artículos que incluyan intervenciones de la enfermera de enlace, la enfermera gestora de casos y/o la enfermera de práctica avanzada en Atención Primaria o Atención Especializada dentro del contexto de enfermedades crónicas.
- Artículos que incluyan la influencia de la enfermera de enlace, la enfermera gestora de casos y/o la enfermera de práctica avanzada en personas con enfermedades crónicas y sus familiares.
- Artículos que incorporen las dificultades de la implantación de estos roles de enfermería de forma consolidada en el sistema sanitario actual.

#### Criterios de exclusión utilizados:

- Papel de la enfermera de enlace, enfermera gestora de casos y/o enfermera de práctica avanzada en situaciones de urgencia.
- Papel de la enfermera de enlace, enfermera gestora de casos y/o enfermera de práctica avanzada enfocado a enfermedades psiquiátricas.
- Artículos que traten sobre la discapacidad intelectual.
- Artículos que estén enfocados únicamente a la población pediátrica.

En primer lugar, se intentó realizar una búsqueda de los términos principales a través del lenguaje controlado “MeSH”. Se comprobó que términos como “liaison nurse” o “nurse case manager” no existían en este lenguaje controlado, a diferencia de “advanced practice nursing” y “chronic disease” que sí fueron encontrados. Por ello, en las búsquedas se han utilizado términos MeSH y también términos libres, tal y como se muestra en la Tabla 1.

La estrategia de búsqueda de la cual se partió en un primer momento fue la siguiente: ("Nursing Care/organization and administration"[Mesh]) AND "Chronic Disease/nursing"[Mesh], ya que es lo más relacionado que se encontró en lenguaje MeSH con el tema a tratar. Con ello, únicamente se encontró un artículo útil para esta revisión narrativa en la base de datos de Pubmed, como se comentará más adelante.

**Tabla 1. Palabras claves y términos utilizados en la búsqueda**

<b>Palabra clave</b>	<b>Término utilizado en la búsqueda</b>
Enfermedad crónica	Chronic disease “MeSH” Chronic illness Long term conditions Chronic conditions
Enfermera de enlace	Liaison nurse Liaison nursing
Enfermera gestora de casos	Nurse case manager
Enfermería de práctica avanzada	Advanced practice nursing “MeSH”
Cuidado de enfermería/organización y administración	Nursing Care/organization and administration
Enfermería	Nursing “MeSH”

A continuación, se explica el proceso de la obtención de artículos para esta revisión narrativa en cada una de las bases de datos utilizadas.

### **CINAHL**

Una de las bases de datos utilizada para realizar la búsqueda fue CINAHL. Tal y como se muestra en la Tabla 2, el total de artículos encontrados con las diferentes estrategias de búsqueda fueron 412, y tras la aplicación de los límites, se redujeron a 128 artículos. Posteriormente, mediante la aplicación de los criterios de inclusión/exclusión, tras la lectura de los títulos y los resúmenes de los artículos, y la eliminación de duplicados y aquellos artículos escogidos en otras bases de datos, se obtuvieron 18 artículos. Por último, los artículos seleccionados para la revisión narrativa fueron 8 ya que algunos de ellos no se encontraban disponibles en texto completo.



**Tabla 2. Resultados del procedimiento de búsqueda en la base de datos Cinahl**

Base de datos	Cinahl			Total de artículos
<b>Estrategia de búsqueda</b>	(chronic disease or chronic illness or long term conditions or chronic conditions) AND (liaison nurse OR liaison nursing)	(chronic disease or chronic illness or long term conditions or chronic conditions) AND nurse case manager	(chronic disease or chronic illness or long term conditions or chronic conditions) AND advanced practice nursing	
<b>Nº total de artículos encontrados</b>	35	60	317	412
<b>Nº de artículos tras la aplicación de límites</b>	19	16	93	128
<b>Nº de artículos tras la aplicación de criterios inclusión/exclusión</b>	6	9	3	18
<b>Nº de artículos tras la eliminación de duplicados</b>	6	9	3	18
<b>Nº total de artículos seleccionados</b>	2	3	3	8

## PUBMED

Otra de las bases de datos utilizadas en esta revisión fue PUBMED. En la Tabla 3 se reflejan los diferentes pasos seguidos en la búsqueda. El número de artículos totales encontrados con las diferentes estrategias de búsqueda fueron 69. Tras la aplicación de límites, este número se redujo a 24 artículos y mediante el uso de los criterios de inclusión/exclusión establecidos a través de la revisión de títulos y resúmenes, se obtuvieron 9 artículos. Finalmente, tras la eliminación de duplicados, de aquellos que no estaban disponibles en texto completo y de aquellos que ya habían sido escogidos en otras bases de datos, se seleccionaron 6 artículos para formar parte de la revisión. A estos resultados finales hay que sumarle el artículo encontrado en la búsqueda realizada a través de los términos MeSH, comentado anteriormente. Por lo tanto, son 7 artículos los que se seleccionaron para la revisión en esta base de datos.

**Tabla 3. Resultados del procedimiento de búsqueda en la base de datos Pubmed**

Base de datos	Pubmed				Total de artículos
<b>Estrategia de búsqueda</b>	((chronic disease[Title/Abstract] OR chronic illness[Title/Abstract] OR long term conditions[Title/Abstract] OR chronic conditions[Title/Abstract])) AND (liaison nurse[Title/Abstract] OR liaison nursing[Title/Abstract])	((chronic disease[Title/Abstract] OR chronic illness[Title/Abstract] OR long term conditions[Title/Abstract] OR chronic conditions[Title/Abstract]) AND nurse case manager[Title/Abstract])	("Chronic Disease"[Mesh]) AND "Advanced Practice Nursing"[Mesh]	((chronic disease[Title/Abstract] OR chronic illness[Title/Abstract] OR long term conditions[Title/Abstract] OR chronic conditions[Title/Abstract])) AND Advanced Practice Nursing[Title/Abstract]	
<b>Nº total de artículos encontrados</b>	2	10	35	22	69
<b>Nº de artículos tras la aplicación de límites</b>	2	3	9	10	24
<b>Nº de artículos tras la aplicación de criterios inclusión/exclusión</b>	2	3	2	2	9
<b>Nº de artículos tras la eliminación de duplicados</b>	2	3	2	2	9
<b>Nº total de artículos seleccionados</b>	1	3	0	2	6

## CUIDEN

Por último, se utilizó la base de datos de CUIDEN, mediante la versión de “CUIDEN PLUS” en la búsqueda avanzada.

Tal y como se muestra en la Tabla 4, el número de artículos totales encontrados con las estrategias de búsqueda utilizadas fueron 22 artículos. A través de los límites, estos se redujeron a 10 artículos y mediante el uso de los criterios de inclusión/exclusión, durante la lectura de los títulos y resúmenes, se obtuvieron 7 artículos. Finalmente, tras la eliminación de duplicados se obtuvieron 5 artículos, y del total fueron escogidos 3 ya que dos de ellos se repetían en las búsquedas previas.

**Tabla 4. Resultados del procedimiento de búsqueda en la base de datos Cuiden**

Base de datos	Cuiden			Total de artículos
<b>Estrategia de búsqueda</b>	(([cla=enfermedades])AND([cla=crónicas]))AND(([cla=enfermera])AND([cla=de])AND([cla=enlace])))	(([cla=enfermedades])AND([cla=crónicas])AND([cla=gestión])AND([cla=de])AND([cla=enfermería]))	(([cla=enfermedades])AND([cla=crónicas]))AND([cla=enfermería])AND([cla=de])AND([cla=práctica])AND([cla=avanzada]))	
<b>Nº total de artículos encontrados</b>	1	15	6	22
<b>Nº de artículos tras la aplicación de límites</b>	0	4	6	10
<b>Nº de artículos tras la aplicación de criterios inclusión/exclusión</b>	0	3	4	7
<b>Nº de artículos tras la eliminación de duplicados</b>	0	2	3	5
<b>Nº total de artículos seleccionados</b>	0	2	1	3

### 3. RESULTADOS

En esta revisión narrativa se han analizado un total de 18 artículos. En la Tabla 5 se muestran las características principales de cada uno de los artículos seleccionados y, como se puede observar en ella, la mayoría de los artículos son investigaciones cualitativas<sup>24,31,32,34,38,45</sup>. También se han encontrado varios artículos de opinión<sup>28,35,36,41,44</sup> y revisiones de la literatura<sup>33,37</sup>. Cabe destacar que solo se ha encontrado un Ensayo Controlado Aleatorizado<sup>30</sup>.

Por otro lado, mencionar que muchos artículos han sido realizados en España, aunque también se han podido encontrar artículos elaborados en diferentes países como Australia, Estados Unidos, Nueva Zelanda y Canadá. La proporción de artículos encontrados ha sido menor en otros países como Reino Unido, Taiwán, Israel, Irán y Suiza. Con estos datos, se puede establecer que se han podido encontrar estudios en diversos contextos por lo que se ha podido analizar el tema principal de esta revisión narrativa desde diferentes escenarios.

Tras el análisis de todos los artículos seleccionados, se van a tratar tres temas principales respondiendo así a los objetivos de la presente revisión narrativa: rol de las tres figuras estudiadas (enfermera de enlace, enfermera gestora de casos y enfermera de práctica avanzada), beneficios que aportan las actividades de estas tres figuras en los pacientes con enfermedades crónicas y sus familiares, y, los obstáculos o dificultades para el desarrollo y la implantación definitiva de estos profesionales en los sistemas sanitarios.

**Tabla 5. Características de los artículos seleccionados en esta revisión**

<b>Autores y Año</b>	<b>País</b>	<b>Tipo de estudio</b>	<b>Muestra</b>	<b>Tema principal</b>	<b>Aspectos más destacados</b>
Abraham CM, Norful AA, Stone PW, Poghosyan L  2019	Estados Unidos	Revisión sistemática	8 ensayos de control aleatorizados, 1 cohorte retrospectivo, 1 retrospectivo transversal y 1 cuasi-experimental. Incluían población de mediana edad y de edad avanzada con enfermedades crónicas.	Diferencia en la rentabilidad entre la atención proporcionada por las enfermeras de práctica avanzada y la atención brindada por los médicos en personas con enfermedades crónicas.	El aumento de demandas de atención como consecuencia del incremento de las enfermedades crónicas hace que en muchas ocasiones la atención médica no pueda cubrir de forma eficaz las necesidades de esta población ya que su ejercicio es más limitado en lo que respecta a la atención primaria. Esto hace necesario la incorporación de otros profesionales como las enfermeras de práctica avanzada, que sean capaces de abordar las demandas de las personas con enfermedades crónicas. Para su incorporación clara resulta necesario conocer si este modelo de atención resultaría rentable en relación a la atención proporcionada por los médicos.
Askerud A, Conder J  2017	Nueva Zelanda	Metasíntesis con 15 estudios de investigación cualitativa	Más de 1000 personas con enfermedades crónicas.	Experiencia de pacientes crónicos con la enfermera gestora de casos.	El modelo de gestión de casos desarrollado en los últimos 20 años en Nueva Zelanda está siendo valorado de forma muy positiva tanto por personas con condiciones a largo plazo como por sus cuidadores. Las diferentes funciones de la enfermera gestora de casos mejoran la calidad de vida de estas personas, basando su cuidado en una atención integral del paciente y utilizando un enfoque holístico de la persona.

<b>Autores y Año</b>	<b>País</b>	<b>Tipo de estudio</b>	<b>Muestra</b>	<b>Tema principal</b>	<b>Aspectos más destacados</b>
Bauer L, Bodenheimer T  2017	Estados Unidos	Revisión de la literatura	Publicaciones sobre el trabajo de Atención Primaria, el futuro de la enfermería y la atención por equipos.	Rol de la enfermera registrada (enfermera involucrada en gestión) como nuevo modelo de la atención primaria para la mejora de la atención de pacientes crónicos.	El aumento progresivo de la población envejecida y como consecuencia el aumento de las enfermedades crónicas, hace necesario la incorporación de roles como el de la enfermera registrada, para mejorar la atención mediante la gestión y la coordinación de diferentes niveles asistenciales. Aunque este rol de enfermería supone una mejora en la atención crónica, aún existen obstáculos para el mejor desarrollo de estos puestos.
Campello Vicente C, Del Saz Caja MI, Solano García L  2015	España	Estudio cualitativo	8 médicos y 8 enfermeras de Atención Primaria y 2 trabajadores sociales.	Necesidad del papel de la Enfermera Gestora de Casos ante los cambios sociodemográficos tras los últimos años en España.	La enfermera gestora de casos aporta importantes beneficios a la población, tras los cambios sociodemográficos a los que está expuesta, mediante funciones como la captación activa, la valoración integral, la coordinación, la identificación de necesidades y la asignación de recursos. A pesar de los beneficios que puede suponer esta figura en el abordaje de las enfermedades crónicas, aún existen obstáculos que impiden su implantación definitiva.

<b>Autores y Año</b>	<b>País</b>	<b>Tipo de estudio</b>	<b>Muestra</b>	<b>Tema principal</b>	<b>Aspectos más destacados</b>
Chang YY, Dai YT  2019	Taiwán	Ensayo controlado aleatorizado	60 pacientes con EPOC.	Beneficio de la enseñanza del automanejo ofrecida por la enfermera gestora de casos en pacientes con EPOC.	La gestión de casos es fundamental para el aprendizaje del automanejo en personas que padecen enfermedades crónicas. Los programas de educación de automanejo pueden mejorar los conocimientos, la autoeficacia y el nivel de activación en pacientes con EPOC. Esto es gracias al papel de la enfermera gestora de casos, que es la encargada de motivar y apoyar a los pacientes a conseguir nuevos conocimientos relacionados con la enfermedad, además de ayudarles a desarrollar habilidades de automanejo para que lo apliquen en su vida diaria.

<b>Autores y Año</b>	<b>País</b>	<b>Tipo de estudio</b>	<b>Muestra</b>	<b>Tema principal</b>	<b>Aspectos más destacados</b>
Gray A 2016	Reino Unido	Artículo de opinión		Desarrollo de la enfermera de práctica avanzada en la actualidad y sus desafíos futuros.	El número reducido de médicos unido al poco tiempo en la prestación de servicios, y el aumento de la población de edad avanzada con un incremento en necesidades complejas hace necesario el papel de la enfermera de práctica avanzada para abordar estos problemas. El modelo de práctica avanzada existente se centra principalmente en funciones de reemplazo médico, algo que no es eficaz para la atención integral de los pacientes. El rol que realmente resulta beneficioso es aquel realizado por enfermeras que poseen un nivel de conocimientos y habilidades necesarias para desempeñar este rol, mejorando la atención clínica y el proceso de gestión, y ofreciendo un liderazgo destacable en todo el entorno de atención.



<b>Autores y Año</b>	<b>País</b>	<b>Tipo de estudio</b>	<b>Muestra</b>	<b>Tema principal</b>	<b>Aspectos más destacados</b>
Hudon C, Chouinard MC, Dubois MF, Roberge P, Loignon C, Tchouaket E, et al.  2018	Canadá	Estudio cualitativo y cuantitativo	247 pacientes con al menos una enfermedad crónica.	Eficacia de la enfermera gestora de casos en la angustia psicológica y la activación en pacientes con enfermedades crónicas.	Aunque el papel de la enfermera gestora de casos no ha mostrado una clara influencia en el automanejo del paciente, se han demostrado beneficios en relación a la angustia psicológica que sufren las personas con enfermedades crónicas. El rol de esta enfermera reduce este aspecto al aumentar la seguridad en el paciente a través de intervenciones como la evaluación integral de las necesidades y recursos del paciente, la creación de planes individualizados, la coordinación entre los profesionales de salud y los servicios sociocomunitarios y el apoyo en el automanejo de pacientes y familias.
Lafuente-Robles N, Fernández-Salazar S, Rodríguez-Gómez S, Casado-Mora MI, Morales-Asencio JM, Ramos-Morcillo AJ  2019	España	Artículo de opinión		Perfil de la enfermera de práctica avanzada en el abordaje de las demandas asistenciales y en los cambios de las necesidades de la población.	La enfermera de práctica avanzada supone un beneficio en la sostenibilidad del sistema sanitario y una buena opción para incorporar en la práctica tras las necesidades de reformas del sistema sanitario. Mediante una serie de criterios necesarios para su desarrollo como son el liderazgo, la coordinación, el papel de consultor, motor de cambio y promoción de la investigación, este perfil de enfermería mejora la utilización de los recursos, los resultados clínicos y la satisfacción de los pacientes en relación a la calidad de la atención recibida.

<b>Autores y Año</b>	<b>País</b>	<b>Tipo de estudio</b>	<b>Muestra</b>	<b>Tema principal</b>	<b>Aspectos más destacados</b>
Maier CB, Aiken LH  2016	Israel	Artículo de opinión		Beneficios y obstáculos en las funciones de práctica avanzada de enfermería.	Las funciones de práctica avanzada en enfermería resultan beneficiosas para las demandas del sistema sanitario actual ya que mejoran la calidad de la atención. A pesar de esto, existen barreras que impiden una implantación con éxito de estas nuevas vertientes de enfermería. Es imprescindible que las políticas regularicen estos roles para conseguir un logro en su instauración como nuevas formas de atención.
McNab J, Paterson J, Fernyhough J, Hughes R  2016	Australia	Estudio cualitativo	Fueron incluidos en el proyecto 10 pacientes con enfermedades crónicas.	Eficacia de las GPLN (General Practitioner Liaison Nurse) o (Enfermera de Enlace) en la coordinación e integración de servicios para el abordaje de las enfermedades crónicas.	Mediante un Proyecto realizado en Sydney (HealthOne Mt Druitt), se pudo comprobar como el papel de las enfermeras de enlace mejora la coordinación e integración de los servicios destinados a personas con enfermedades crónicas. Además, también consiguieron mejorar la comunicación entre los diferentes proveedores de salud, establecer servicios multidisciplinarios y abordar problemas psicosociales, logrando trabajar de forma más estrecha.

<b>Autores y Año</b>	<b>País</b>	<b>Tipo de estudio</b>	<b>Muestra</b>	<b>Tema principal</b>	<b>Aspectos más destacados</b>
Miguélez-Chamorro A, Casado-Mora MI, Company-Sancho MC, Balboa-Blanco E, Font-Oliver MA, Román-Medina I  2018	España	Artículo de opinión		Importancia de la enfermera gestora de casos en el abordaje de la cronicidad en España.	El rol de la enfermera gestora de casos aún no está bien definido ni consolidado, pero aporta importantes beneficios en la atención a personas con enfermedades crónicas. Trabaja en la captación proactiva de personas con enfermedades crónicas para establecer una atención en función a sus necesidades, proporciona equidad en la atención domiciliaria, asegura la continuidad y coordina los diferentes servicios sanitarios asistenciales durante las transiciones.
Moreno Ortega E, Gamo González MA, García Rodríguez MB, Molano Ortiz C, Muñoz Pariente M, Rodríguez García B  2015	España	Estudio cuantitativo	Pacientes en áreas de digestivo, ginecología, geriatría, riesgo cardiovascular, traumatología, unidad del dolor y urología.	Rol de la enfermera gestora de casos en el Hospital Universitario Infanta Sofía e influencia de su papel en personas con enfermedades crónicas.	El aumento de la población envejecida y con ello el incremento de las enfermedades crónicas y la dependencia, hace necesario un cambio en el sistema sanitario actual. El papel de la enfermera gestora de casos en diferentes Unidades del Hospital Universitario Infanta Sofía destaca el beneficio que aporta a los pacientes, profesionales y al sistema sanitario, desarrollando una atención proactiva y un cuidado continuo e integral, además de reducir la fragmentación de la atención.

<b>Autores y Año</b>	<b>País</b>	<b>Tipo de estudio</b>	<b>Muestra</b>	<b>Tema principal</b>	<b>Aspectos más destacados</b>
Reina Campos MR, Carrasco Rodríguez A  2015	España	Caso clínico	Varón de 65 años con una enfermedad crónica.	Gestión de casos en el manejo de enfermedades crónicas en el domicilio.	El modelo de gestión de casos se hace cada vez más necesario a la hora de abordar enfermedades crónicas que requieran el uso de diferentes servicios sanitarios, así como la coordinación de los diferentes profesionales. La gestión de casos ofrece una atención integral mediante el trabajo coordinado de un equipo multidisciplinar, tratando al paciente en su domicilio y evitando así ingresos hospitalarios evitables o visitas a urgencias.
Rezapour Nasrabad R  2017	Irán	Artículo de opinión		Papel de la enfermera de enlace en la gestión y coordinación de servicios para las enfermedades crónicas.	Los estudios demuestran que el papel de la enfermera de enlace mejora notablemente la atención de pacientes crónicos mediante su papel fundamental en la gestión de estos pacientes. Mejora la calidad de la atención, la satisfacción del paciente, reduce la estancia hospitalaria y por tanto la disminución de las tasas de readmisión al hospital. Se puede decir que el nuevo modelo de atención de enfermedades crónicas con la presencia de la enfermera de enlace resulta rentable tanto para el paciente como para el hospital.

<b>Autores y Año</b>	<b>País</b>	<b>Tipo de estudio</b>	<b>Muestra</b>	<b>Tema principal</b>	<b>Aspectos más destacados</b>
Solé-Casals M, Chirveches-Pérez E, Alsina-Ribas A, Puigoriol-Juveny E, Oriol-Ruscalleda M, Subirana-Casacuberta M  2015	España	Estudio descriptivo transversal prospectivo	907 pacientes que habían necesitado enlace de continuidad asistencial y ser atendidos por la enfermera gestora de continuidad de cuidados (GCC).	Beneficios de la enfermera gestora de casos en la atención de pacientes con enfermedades crónicas.	La enfermera gestora de casos es un nuevo rol dentro de la práctica avanzada de Enfermería que actúa como elemento clave en la transición de los pacientes, sobre todo con enfermedades crónicas. Gracias a sus capacidades de valoración, conocimiento de recursos y técnicas de relación, consigue una coordinación y continuidad adecuada de este tipo de pacientes, reduciendo el número de hospitalizaciones y evitando los reingresos.
Tortajada S, Giménez-Campos MS, Villar-López J, Faubel-Cava R, Donat-Castelló L, Valdivieso-Martínez B, et al.  2017	España	Estudio observacional de cohortes retrospectivo	714 adultos con multimorbilidad compleja.	Evaluación de un programa de gestión de casos en el tratamiento de enfermedades crónicas complejas.	A través de un estudio basado en la gestión de casos se comprobó que, gracias a la atención proactiva mediante intervenciones programadas llevadas a cabo por este programa, se reducen de manera significativa los ingresos hospitalarios, de emergencia y el uso de recursos sanitarios, a la vez que se consigue un empoderamiento del paciente a través de la promoción del autocuidado. La continuidad de cuidados por parte de la atención primaria, gestor de casos de enfermería y otros servicios de salud como el trabajador social o la atención domiciliaria basada en el hogar, cubre las necesidades de este tipo de pacientes y evita visitas hospitalarias.

<b>Autores y Año</b>	<b>País</b>	<b>Tipo de estudio</b>	<b>Muestra</b>	<b>Tema principal</b>	<b>Aspectos más destacados</b>
Vat M, Common C, Laizner AM, Borduas C, Maheu C  2015	Canadá	Estudio cualitativo	8 adultos que habían recibido el alta en el hogar o en residencia para personas de la tercera edad y haber regresado al servicio de emergencia 14 días después del alta.	Perspectivas de los pacientes y la enfermera de enlace para regresar al hospital tras haber recibido el alta hospitalaria.	Las enfermeras de enlace son las encargadas de evaluar el riesgo que presentan los pacientes a volver a ser ingresados tras recibir el alta. Para ello utiliza instrumentos de valoración como el BB y el LACE. En muchas ocasiones, las perspectivas de los pacientes no coinciden con lo establecido por la enfermera de enlace debido a una falta de recogida de información, relacionado con las percepciones y preocupaciones de los pacientes.
Zala P, Rütli G, Arampatzis S, Spichiger E  2017	Suiza	Investigación cualitativa	20 personas con enfermedad renal crónica (ERC) y familiares.	Experiencias de los pacientes con enfermedad renal crónica y familiares en el abordaje de la enfermedad por parte de la enfermera de práctica avanzada.	Las enfermeras de práctica avanzada parecen ser los profesionales más adecuados para atender las consecuencias fisiológicas y emocionales de la ERC, ofreciendo una atención continua. Estas enfermeras podrían establecer un cambio hacia un sistema sanitario más orientado al paciente, realizando intervenciones como: proporcionar información acerca del proceso de enfermedad, realizar estrategias de activación, elaborar intervenciones de Educación para la Salud, colaborar con otros servicios, ofrecer apoyo emocional, etc.

### 3.1 FUNCIONES DE LA ENFERMERA GESTORA DE CASOS, LA ENFERMERA DE ENLACE Y LA ENFERMERA DE PRÁCTICA AVANZADA

#### ACTIVIDADES DE LA ENFERMERA GESTORA DE CASOS

Mediante el análisis de los diferentes artículos, se han podido establecer una serie de funciones llevadas a cabo por la enfermera gestora de casos, orientadas al abordaje de enfermedades crónicas desde diferentes ámbitos de actuación.

Como funciones generales de la enfermera gestora de casos destacan las siguientes<sup>24,25</sup>:

- **Captación activa**, sobre todo para recibir atención domiciliaria. Las enfermeras gestoras de casos son las encargadas, junto con otros profesionales, de evaluar las condiciones de los pacientes para determinar cuáles son candidatos de recibir atención domiciliaria. Las personas incluidas en este servicio son aquellas que no pueden acceder al Centro de Salud o que tienen grandes dificultades a consecuencia de sus problemas de salud. El proceso de captación utiliza fuentes como las bases de datos de los usuarios del Servicio de Salud, el registro de visitas domiciliarias, la historia de salud del paciente y los censos poblacionales. La captación activa se actualiza cada año para incorporar a nuevos pacientes que cumplan con los criterios de inclusión.
- **Valoración integral e individualizada**
- **Planificación**. Las enfermeras gestoras de casos acuden a los hospitales para valorar la situación de los pacientes y familiares. Posteriormente se establece desde el hospital un plan de cuidados enfocado al domicilio.
- **Identificación de necesidades y recursos** más adecuados para cada paciente.
- **Coordinación**. Las enfermeras gestoras de casos constituyen un enlace entre la Atención Especializada y la Atención Primaria, participando en sesiones sobre el seguimiento de los pacientes, toma de decisiones y planificación del alta hospitalaria. Además, las enfermeras gestoras de casos se coordinan con los trabajadores sociales para establecer los recursos comunitarios más adecuados para cada paciente. También, colaboran en protocolos de acción conjunta entre Atención Primaria y los servicios sociales para la atención en el domicilio, teniendo en cuenta también a los cuidadores informales.

- **Monitorización** de los servicios elegidos en cada caso.

El modelo de gestión de casos ofrece una atención proactiva sociosanitaria en la que se trabaja el empoderamiento de los pacientes, se promueve el autocuidado, se implica a la familia, se establece la coordinación con los diferentes servicios comunitarios y se ofrece información sobre ellos <sup>26</sup>. Además, ofrece información que anticipa sobre los primeros síntomas de una exacerbación para tratarlos adecuadamente y en la medida de lo posible en la comunidad, para así evitar posibles reingresos hospitalarios <sup>27</sup>.

La enfermera gestora de casos es la encargada de recoger información sobre antecedentes, estado clínico y psicosocial de la persona, su capacidad para la realización de ABVD, medicamentos prescritos y apoyo social recibido. A partir de esta información, identifica los problemas y los recursos con los que cuenta el paciente y elabora planes de **educación** sobre su proceso de enfermedad, signos y síntomas, medicación y hábitos de vida saludable como la alimentación y el ejercicio físico <sup>27</sup>.

Algunos autores <sup>19</sup>, proponen que la enfermera gestora de casos desarrolla dos áreas principales de trabajo: la **gestión de recursos asistenciales** y la **gestión de cuidados**. En relación a la gestión de recursos asistenciales es importante destacar las siguientes actividades. La enfermera gestora de casos se encarga de la gestión proactiva de pacientes mediante el uso de las nuevas tecnologías de información y comunicación (TIC'S) como, por ejemplo, la historia clínica informatizada <sup>19</sup>. También, se encarga de proporcionar citas con diferentes profesionales y las pruebas diagnósticas antes de la primera visita a un especialista. Por último, en esta área, se encarga de ofrecer una atención individualizada durante todo el proceso, actuando de guía y soporte para todas las visitas del paciente a los centros sanitarios, evitando así la duplicidad y las visitas innecesarias<sup>19</sup>.

Por otro lado, se encuentra el área de la gestión de cuidados, en la que la enfermera gestora de casos realiza diferentes funciones <sup>19</sup>. Es la encargada de proporcionar soporte continuo a pacientes y profesionales contribuyendo a la seguridad de ambos. Además, proporciona apoyo continuo a pacientes y realiza planes integrales e individualizados a pacientes geriátricos, ofreciendo también un soporte emocional y un acompañamiento durante todo el proceso de enfermedad <sup>19</sup>. Dentro de esta área se encuentra una función destacable de esta figura de enfermería, la responsabilidad en la **coordinación**. La enfermera gestora de casos es la encargada de coordinarse con el hospital y los recursos comunitarios o con



Atención Primaria y los recursos sociosanitarios al alta, en función de las necesidades de cada paciente <sup>19</sup>.

La enfermera gestora de casos, intenta, en la medida de lo posible, tratar al paciente en su domicilio y trabaja en la **transición** de los pacientes, ayudándoles a adaptarse a su situación y evitar así ingresos hospitalarios o visitas a urgencias <sup>28</sup>. La enfermera gestora de casos va a intervenir directamente en el momento del alta hospitalaria ya que se considera un aspecto crítico en la transición <sup>29</sup>.

El **seguimiento** de pacientes puede realizarse de forma conjunta entre un médico, un enfermero comunitario y una enfermera gestora de casos. Además, una herramienta que incorpora este rol, son las llamadas telefónicas realizadas de forma continua a lo largo del seguimiento de los pacientes <sup>27</sup>.

Algunos autores <sup>29</sup> definen un rol que deriva de la enfermera gestora de casos, llamada **enfermera gestora de continuidad de cuidados**, que se encarga de activar los recursos en función de las necesidades de los pacientes. Sus funciones principales son: identificar las características de los pacientes en el inicio de la hospitalización y participar en la planificación del alta para asegurar la continuidad de cuidados, acordar con el equipo asistencial los recursos más adecuados a los pacientes en función de sus necesidades, confirmar la adecuación al alta y ponerse en contacto con el equipo asistencial que vaya a recibir al paciente, para poder concretar la continuidad de cuidados, y contactar desde los diferentes ámbitos para asegurar transiciones correctas desde el domicilio al hospital en el caso de que fuera necesario <sup>29</sup>.

Otro ámbito de trabajo a destacar de este profesional es su impacto en el **automanejo** de enfermedades crónicas. La enfermera gestora de casos parece ocupar un papel de gran importancia en la enseñanza del concepto de automanejo, realizando también programas de educación tanto individuales como grupales para profundizar en este aspecto. Este profesional, fortalece la motivación de los pacientes para participar en el automanejo y conseguir las metas establecidas en los planes de acción <sup>30</sup>. La enfermera gestora de casos ayuda a los pacientes a preparar planes personalizados en función de su enfermedad, manteniendo un contacto continuo con el paciente. Para que esto sea posible, y los pacientes puedan lograr los objetivos establecidos, es necesario que tengan confianza en sí mismos y consideren factibles los objetivos propuestos <sup>30</sup>. La enfermera realiza un seguimiento de los pacientes para observar el progreso en los planes de acción

establecidos. Además, ayuda a resolver posibles problemas que les puedan surgir a los pacientes para conseguir los objetivos de los planes de acción. Motiva y apoya a sus pacientes para conseguir nuevos conocimientos relacionados con la enfermedad y habilidades de automanejo para poder aplicarlo en su vida diaria <sup>30</sup>.

Sin embargo, otro estudio <sup>31</sup> señala que la enfermera gestora de casos no muestra una clara influencia en el **automanejo** del paciente. Este resultado puede deberse a que en el estudio se utilizaron instrumentos de medición para la activación del paciente y no directamente para evaluar el automanejo; o bien porque el periodo de seguimiento fue insuficiente para notar una mejoría en el automanejo del paciente. Además, la depresión y/o ansiedad que padecían los pacientes en el estudio podría dificultar que fueran receptivos al apoyo realizado por la enfermera gestora de casos para mejorar su automanejo <sup>31</sup>.

### ACTIVIDADES DE LA ENFERMERA DE ENLACE

Los puntos principales en los que destaca la enfermera de enlace son la coordinación y la comunicación <sup>32</sup>.

La enfermera de enlace mejora la **comunicación** entre los distintos proveedores de salud y con ello se consigue establecer servicios multidisciplinarios y tratar problemas psicosociales. Además, con esto se consigue que los médicos de cabecera, los servicios comunitarios y otros proveedores de salud trabajen de forma más estrecha. Gracias a esto, se consigue una mejora en la **coordinación** y en la integración de los servicios para las personas con enfermedades crónicas <sup>32</sup>.

Existen una serie de cualidades que deben presentar las enfermeras de enlace para poder desempeñar su papel de forma eficaz. Estas características son: la experiencia, la presencia de habilidades interpersonales y sociales, la capacidad de establecer un ambiente constructivo mediante el trabajo en equipo y la capacidad de cooperación y negociación <sup>32</sup>.

Por otro lado, los médicos de cabecera consideran que el papel de las enfermeras de enlace es verdaderamente importante <sup>32</sup>. Estas enfermeras conocen de manera más profunda los diferentes servicios de salud a los que pueden acceder las personas con enfermedades crónicas <sup>32</sup>. Además, reducen el trabajo de los médicos de cabecera ya que, con el incremento de las condiciones crónicas, en muchas ocasiones los médicos no cuentan con el tiempo suficiente para llevar a cabo estas tareas de manera eficaz, por lo que no pueden ofrecer una atención excelente a cada uno de los pacientes <sup>32,33</sup>.

Las enfermeras de enlace pueden desempeñar también la función de evaluar el riesgo que tienen los pacientes de regresar al hospital después del alta hospitalaria <sup>34</sup>. Esta evaluación se realiza mediante instrumentos de medida como son Bounceback Probability Legend (BB) y LACE Index Scoring (LACE), instrumentos de valoración canadienses. Mediante el instrumento BB, la enfermera atribuye un riesgo y una razón para que el paciente vuelva a ser ingresado tras la evaluación de seis indicadores relacionados con su condición de salud, y sus recursos personales y comunitarios. LACE es una herramienta que evalúa cuatro factores para predecir un reingreso no planificado dentro de los 30 días posteriores al alta <sup>34</sup>. Estos factores son: la duración de la estancia (L), un ingreso agudo a través del departamento de emergencias (A), comorbilidades (C) y las visitas al departamento de emergencias en los últimos 6 meses (E). Una vez evaluado el riesgo, la enfermera de enlace elige los recursos comunitarios que el paciente requiere después del alta hospitalaria, por lo que se comunica con los servicios comunitarios del centro de salud de cada paciente <sup>34</sup>.

La enfermera de enlace debe prestar mayor interés en las percepciones y preocupaciones de los pacientes ya que lo referido por los pacientes no siempre coincide con los motivos de reingresos que establecen las enfermeras mediante este tipo de herramientas. Con ello se conseguiría obtener más información y elaborar planes de alta individualizados <sup>34</sup>.

La enfermera de enlace, al igual que la enfermera gestora de casos, también interviene en la **transición** de los pacientes con enfermedades crónicas <sup>35</sup>. La enfermera de enlace, se encarga de realizar un **seguimiento** durante todo el proceso de hospitalización. Establece un plan de alta y sigue realizando el seguimiento de los pacientes una vez se encuentran en el hogar. Con estas funciones mejora los resultados de las personas con enfermedades crónicas, como son la calidad de la atención, la satisfacción de los pacientes, la disminución de la duración de la estancia hospitalaria y la reducción de las readmisiones<sup>35</sup>.

Otras funciones de la enfermera de enlace que también son desempeñadas por la enfermera gestora de casos son: el **empoderamiento** de las personas que padecen alguna enfermedad crónica, el ofrecer una **continuidad en la atención** y **asesorar** acerca de los servicios sociales de salud e informar a los pacientes sobre la manera de acceder a ellos<sup>35</sup>.

## ACTIVIDADES DE LA ENFERMERA DE PRÁCTICA AVANZADA

Algunas funciones que caracterizan el perfil de enfermera de práctica avanzada y que se diferencian del resto de roles de enfermería son el desarrollo de un liderazgo clínico en su ámbito de trabajo y la adquisición de autonomía a la hora de toma de decisiones complejas, basadas en evidencia e investigaciones <sup>36</sup>.

Actualmente, algunas de las competencias enfermeras que son consideradas avanzadas son: la educación terapéutica, la resolución de procesos para la gestión compartida de la asistencia y la realización colaborativa de un seguimiento farmacológico a los pacientes con condiciones crónicas. Y en áreas más específicas se consideran competencias avanzadas, la cirugía menor, la inserción de catéteres centrales de acceso periférico, la clasificación avanzada en Urgencias y la clasificación y telecuidados en salas de coordinación <sup>36</sup>.

Las enfermeras de práctica avanzada pueden diagnosticar y gestionar las situaciones del paciente. Realizan evaluaciones, ordenan e interpretan pruebas diagnósticas, pueden prescribir medicamentos y tratamientos, y proporcionan educación al paciente <sup>37</sup>.

En el ámbito del cuidado de pacientes crónicos complejos, destaca la enfermera de práctica avanzada en gestión de casos, ya que sus competencias son efectivas para el sistema de salud <sup>36</sup>. Mejora los resultados a la hora de detectar las poblaciones vulnerables, la coordinación y trabajo en equipo multidisciplinar en el domicilio, y el uso de recursos adecuados en función de las necesidades de los pacientes <sup>36</sup>.

La enfermera de práctica avanzada, y en concreto en el ámbito de gestión de casos, trabaja en 5 áreas con diferentes competencias en cada una de ellas. A continuación, se exponen las áreas competenciales de estas enfermeras y las actividades en cada una de ellas:

- **Investigación y práctica basada en la evidencia.** Aquí, la enfermera es responsable de identificar necesidades de investigación en su ámbito de práctica, participa en proyectos de investigación, utiliza las últimas evidencias científicas para evaluar su práctica clínica y la del equipo, proporciona innovaciones para la práctica basadas en las evidencias y difunde aquellos nuevos hallazgos obtenidos para su práctica <sup>28,36</sup>.
- **Liderazgo clínico y profesional.** Lidera en el equipo con el objetivo de mejorar la calidad y la atención de los pacientes crónicos complejos. Identifica y resuelve los problemas de salud de esta población gracias a la colaboración con otros

profesionales dentro de un equipo multidisciplinar y promueve un ambiente apropiado para favorecer el aprendizaje. También tiene la autonomía en las decisiones de resolución de problemas de los pacientes a los que atiende <sup>28</sup>.

- **Relaciones interprofesionales y consultoría.** Trabaja en equipo con distintos profesionales, participa en la coordinación de las intervenciones de diferentes profesionales, tutoriza tanto a estudiantes como a personal sanitario para la obtención de competencias avanzadas y ofrece funciones de consultoría mediante práctica basada en la evidencia <sup>28</sup>.
- **Práctica clínica avanzada y gestión de cuidados. Gestión de calidad, seguridad y sostenibilidad.** En esta competencia la enfermera de práctica avanzada realiza diferentes actividades. Participa en la implementación de nuevos protocolos y guías de práctica y evalúa la práctica primaria y secundaria para la prevención de posibles riesgos. Además, asegura la continuidad asistencial, coordina la atención y ayuda al paciente y su familia en la toma de decisiones en relación al proceso de enfermedad. Por último, planifica el alta junto con otros profesionales y valora los posibles recursos que pueden ofrecer a los pacientes en cuanto al coste y la oportunidad de asignación <sup>28</sup>.
- **Docencia y formación continuada.** Ofrece e imparte acciones formativas de cuidados avanzados para personas con enfermedades crónicas complejas y desarrolla intervenciones de educación para fomentar el aprendizaje del autocuidado, de la gestión de la salud y del empoderamiento dirigido al paciente y a su familia <sup>28</sup>.

La enfermera de práctica avanzada, al igual que las otras dos figuras comentadas anteriormente, participa en la **coordinación** de la atención. Realiza una gestión proactiva de los problemas de salud de la población atendida y activa los recursos necesarios para atender las necesidades de cada paciente, incrementando así la **continuidad** asistencial<sup>36</sup>.

Otro aspecto a destacar de las enfermeras de práctica avanzada es la función de responder a las necesidades de **información**, muy presentes en la población con enfermedades crónicas. Tras transmitir la información adecuada a los pacientes, planifica el contenido y el ritmo de las intervenciones <sup>38</sup>. La enfermera de práctica avanzada elabora planes de trabajo entre pacientes y familiares, incorpora estrategias de activación y mejora así el conocimiento y el apoyo emocional. Proporciona **Educación para la Salud** y colabora con otros servicios de salud. Estas enfermeras podrían establecer un cambio hacia un

sistema sanitario más orientado al paciente, reduciendo la carga de enfermedad en el paciente y en la familia <sup>38</sup>.

Recientemente el Consejo Internacional de Enfermería ha publicado un documento en el que se exponen directrices en relación a la Enfermería de Práctica Avanzada. El objetivo principal del informe es fomentar una mayor comprensión de la enfermera de práctica avanzada. Con ello se pretende impulsar nuevas estrategias que apoyen iniciativas para el establecimiento y evolución de las enfermeras de práctica avanzada, así como la investigación en este ámbito de la profesión <sup>39</sup>.

Tras lo expuesto anteriormente, se puede llegar a la conclusión de que la enfermera de enlace, la enfermera gestora de casos y la enfermera de práctica avanzada realizan funciones comunes. A continuación, se presenta en la Tabla 6 los aspectos más significativos relacionados con las funciones que comparten cada una de ellas.

**Tabla 6. Actividades principales de la enfermera de enlace, la enfermera gestora de casos y la enfermera de práctica avanzada**

	<b>ENFERMERA DE ENLACE</b>	<b>ENFERMERA GESTORA DE CASOS</b>	<b>ENFERMERA DE PRÁCTICA AVANZADA</b>
<b>Coordinación de los diferentes servicios sociosanitarios</b>	X	X	X
<b>Elección de los recursos comunitarios y/o sociales en función de las necesidades de los pacientes</b>	X	X	X
<b>Asesoramiento sobre los diferentes servicios e información sobre cómo acceder a ellos</b>	X	X	
<b>Colaboración en la transición de los pacientes</b>	X	X	
<b>Seguimiento durante el proceso de hospitalización y durante su estancia en el hogar</b>	X	X	X
<b>Continuidad de la atención</b>	X	X	X
<b>Participación en el plan de alta</b>	X	X	X
<b>Empoderamiento de los pacientes</b>	X	X	X
<b>Informar a los pacientes crónicos y sus familias acerca del proceso de enfermedad</b>		X	X
<b>Resolver posibles dudas sobre el proceso de salud-enfermedad</b>		X	X
<b>Realizar intervenciones de Educación para la Salud</b>		X	X

Tras analizar las funciones y características de cada uno de estos roles a partir de los artículos <sup>19, 24-38</sup>, se denota una clara diferencia entre la enfermera de práctica avanzada y las otras dos figuras estudiadas, tanto por las competencias que debe poseer este profesional como por las funciones que realiza. Sin embargo, resulta difícil establecer claramente las diferencias entre la enfermera de enlace y la enfermera gestora de casos ya que las funciones llevadas a cabo por cada una de ellas son similares y en muchos casos iguales.

### **3.2 BENEFICIOS DE LA IMPLEMENTACIÓN DE ESTAS FIGURAS DE ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN A PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS**

Los beneficios aportados por estas tres figuras de enfermería a los pacientes con enfermedades crónicas se explican a continuación.

#### Reducción de costes

El estudio realizado para valorar la eficacia del **modelo de gestión de casos** determinó, que las funciones organizativas, educativas y la labor en la continuidad de cuidados realizadas por las enfermeras gestoras de casos reduce el número de ingresos no planificados y las visitas al servicio de emergencias, además de reducir el uso de los recursos sanitarios. Para llegar a esta conclusión se comparó el uso de los recursos utilizados por los mismos pacientes antes y después de ser incluidos en el modelo de gestión de casos, durante el periodo de un año para cada grupo <sup>27</sup>.

La **enfermera gestora de casos** llevó a cabo intervenciones educativas y de prevención en función de las necesidades de los pacientes, identificadas previamente. Estas intervenciones educativas se basaron en la enseñanza del proceso de la enfermedad y la identificación de signos y síntomas que indicaban exacerbación. Además, se realizó educación sobre la medicación y se animó a los pacientes a llevar a cabo pautas de ejercicio físico y alimentación saludable. Con ello, se intentaba empoderar al paciente y promover el autocuidado <sup>27</sup>.

Finalmente se determinó que estas actividades llevadas a cabo dentro de un modelo de gestión de casos proporcionaron una atención avanzada en la comunidad al saber reconocer y predecir los primeros síntomas de una exacerbación. Con ello se consiguen reducir los ingresos hospitalarios evitables, las estancias y las visitas a emergencias <sup>27</sup>.



En relación al rol de **la enfermera de enlace**, cabe destacar que sus actividades mejoran la calidad de la atención, disminuyendo la estancia hospitalaria y las tasas de admisión al hospital <sup>35</sup>. Evita reingresos reduciendo así la institucionalización gracias a su función de asignación de recursos alternativos a la hospitalización, según las necesidades de cada paciente <sup>29</sup>. Por lo tanto, la presencia de la enfermera de enlace resulta rentable tanto para el paciente como para el hospital <sup>35</sup>.

La **enfermera de práctica avanzada** también influye en este sentido. Las funciones llevadas a cabo por esta enfermera mejoran la utilización de recursos ya que suponen menos ingresos y disminución de las estancias hospitalarias <sup>36</sup>. Además, aportan mejores resultados clínicos ya que con las intervenciones que ofrecen, disminuyen la mortalidad y morbilidad, y mejoran la funcionalidad y la calidad de vida de las personas a las que atienden <sup>36</sup> gracias a intervenciones como el contacto único y continuo con los pacientes y los cuidados que ofrecen en visitas de atención urgente y no urgente. Esto fue evaluado por un estudio en el que se muestran los beneficios ofrecidos por las enfermeras de práctica avanzada en comparación con la atención ofrecida por los médicos <sup>40</sup>. Debido a esto, las funciones de práctica avanzada en enfermería resultarían beneficiosas para satisfacer las demandas del sistema sanitario, por lo que sería necesario invertir en educación para aumentar el número de profesionales de enfermería de práctica avanzada<sup>41</sup>.

#### Mejora en los resultados de la salud del paciente

El papel de la **enfermera gestora de casos** en los hospitales de Atención Intermedia destinados a personas con condiciones crónicas adquiere gran importancia. Las intervenciones enfermeras llevadas a cabo en este tipo de hospitales mejoran el nivel de dependencia de los pacientes crónicos. Además, disminuye la sobrecarga de los cuidadores principales ya que ayuda a los pacientes a adquirir mayor autonomía y, se consigue un aumento en la satisfacción de los pacientes en el cuidado y la continuidad, ofreciendo una atención de calidad y costo-efectiva <sup>28</sup>.

Los servicios de Atención Intermedia forman parte significativa de la política nacional de salud en Inglaterra desde el año 2001 <sup>42</sup>. Estos servicios están orientados principalmente a las personas mayores y el objetivo es facilitar la transición del hospital al domicilio y pasar de la dependencia médica a la independencia funcional <sup>43</sup>. Los servicios de Atención Intermedia son servicios multidisciplinarios y proporcionan una atención de apoyo y

rehabilitación durante un tiempo limitado, entre 2 a 6 semanas aproximadamente <sup>42</sup>. Con estos hospitales se mejora la calidad de la atención que reciben los pacientes y se evitan estancias hospitalarias innecesarias en hospitales de agudos <sup>43</sup>.

El papel de las **enfermeras de enlace** mejora los resultados de los pacientes con enfermedades crónicas, desde el ingreso, durante el alta y posteriormente en el hogar. Además, los pacientes refieren tener una experiencia positiva con la figura de la enfermera de enlace <sup>35</sup>.

Como se ha explicado anteriormente, cada vez son más las enfermeras que realizan funciones de práctica avanzada. Estas funciones realizadas por las enfermeras que sustituyen de forma parcial o total a las funciones de los médicos han supuesto mayor satisfacción para el paciente, mejorando su calidad de vida al emprender cuidados continuados y promoviendo el autocuidado <sup>41</sup>. Mejoran algunos indicadores de salud de los pacientes como la depresión, la incontinencia, las úlceras por presión y el comportamiento agresivo que pueden adquirir estos pacientes, además de que mejoran el logro de metas personales <sup>44</sup>.

#### Mejora en el automanejo

Los programas realizados por la **enfermera gestora de casos** centrados en promover el automanejo, han demostrado conseguir una mejora de los conocimientos, la autoeficacia y el nivel de activación en pacientes que sufren enfermedades crónicas, quedando demostrado sobre todo en pacientes que sufren enfermedades como EPOC <sup>30</sup>. Los pacientes se sienten más capacitados para tratar su salud y las exacerbaciones gracias a la actividad educativa realizada por esta enfermera <sup>45</sup>.

El contacto continuo de la enfermera gestora de casos con los pacientes con enfermedades crónicas proporciona confianza y les ayuda a autogestionar sus enfermedades. La comunicación y coordinación con diferentes organizaciones sanitarias aportada por estas enfermeras, ayuda a manejar de manera efectiva las enfermedades, puesto que se realiza una colaboración con los propios pacientes a la hora de abordar los problemas, algo valorado positivamente por los propios pacientes <sup>45</sup>.

Los programas formativos y las intervenciones educativas llevadas a cabo por las **enfermeras de práctica avanzada** en su área de “docencia y formación continuada”, también suponen una mejora para los pacientes y sus familias en aspectos como el autocuidado y el automanejo de la enfermedad <sup>28</sup>.

Uno de los artículos del presente trabajo plantea que las **enfermeras de enlace** también participan en el empoderamiento de las personas con enfermedades crónicas. Sin embargo, no expone detalles de cómo estas enfermeras consiguen mejorar este aspecto en los pacientes <sup>35</sup>.

#### Aumento en la satisfacción de los pacientes

La **enfermera gestora de casos** mejora la actividad en las consultas, incrementando el bienestar y la satisfacción de los pacientes con enfermedades crónicas. Se realizan valoraciones integrales en el paciente geriátrico y se ofrece un acompañamiento hospitalario y seguimiento posthospitalario <sup>19</sup>. La gestión de casos ha mejorado aspectos como la alta resolución en las consultas, el número de citas erróneas detectadas, preparaciones incorrectas para pruebas diagnósticas, el informe de enfermería al alta y el registro de la valoración del dolor como quinta constante. Además, el hecho de proporcionar una atención continua, proporciona a los pacientes la sensación de tener siempre a alguien para abordar sus problemas o necesidades <sup>19</sup>.

Las **enfermeras de práctica avanzada** consiguen una opinión positiva de los pacientes en relación a la atención ya que aumentan su satisfacción en el cuidado y mejoran su adherencia al tratamiento <sup>36</sup>.

Otros beneficios aportados por la enfermera de práctica avanzada son los siguientes:

Uno de los estudios examina la rentabilidad de la enfermera de práctica avanzada en comparación con la rentabilidad del médico. En él se plantean dos aspectos: los costos en laboratorio, procedimientos diagnósticos y medicamentos y los costos de visitas de atención al paciente <sup>37</sup>.

El primero de ellos hace referencia a análisis de sangre, ecocardiogramas, control cardiaco remoto, radiografías de tórax y gráfica electrocardioeléctrica. El segundo, se refiere a los costos de consulta para la atención al paciente en persona, por teléfono y de emergencia; el uso de diferentes instalaciones y las derivaciones a especialistas <sup>37</sup>.

El costo de las visitas de atención al paciente y el costo en la medicación en pacientes atendidos por la enfermera de práctica avanzada fue menor que en pacientes atendidos por el médico. Sin embargo, hay resultados mixtos en lo que respecta a otros procedimientos como las pruebas de laboratorio o los procedimientos diagnósticos <sup>37</sup>.

Actualmente se reconoce que el impacto que aportan las enfermeras de práctica avanzada no es fácil de cuantificar. Si las enfermeras de práctica avanzada tuviesen más disponibilidad de tiempo para llevar a cabo investigación, podrían visibilizar mejor el impacto de su rol, muchas veces invisible en la práctica de enfermería <sup>44</sup>.

### **3.3 PRINCIPALES BARRERAS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE ESTAS FIGURAS DE ENFERMERÍA**

#### **ENFERMERAS GESTORAS DE CASOS**

Tras el análisis de sus funciones y cómo estas afectan a las personas con enfermedades crónicas, queda patente que las intervenciones realizadas por las enfermeras gestoras de casos aportan resultados efectivos y eficientes en la atención de esta población. Sin embargo, y a pesar de su éxito, existen barreras y dificultades para su implementación.

Por ejemplo, entre las diferentes comunidades autónomas el grado de implementación de esta figura es heterogéneo, y en ninguna de ellas aún se ha consolidado una labor permanente. Existe una barrera clave para su consolidación, que, en este caso, es la falta de un marco legal y retributivo aportado por la Administración <sup>28</sup>.

Por otra parte, es necesario definir con mayor exactitud este rol profesional <sup>28</sup>. La ambigüedad en el concepto de la enfermera gestora de casos hace que las competencias y las funciones de este profesional no queden bien definidas <sup>24</sup>. Además, existen conflictos dentro de la propia enfermería por ser un rol especializado, con diferentes niveles de capacitación, de entrenamiento y de formación<sup>24</sup>.

Otro de los conflictos para la implementación de este tipo de rol es la falta de aceptación del colectivo médico, ya que en algunas ocasiones consideran que existe una amenaza para que puedan realizar una atención continuada de sus pacientes o una posible pérdida de poder para gestionar ellos mismos el recorrido de sus pacientes <sup>24</sup>.

Además, también se necesita la presencia de una mayor coordinación y coliderazgo de los diferentes profesionales, así como la incorporación de estrategias políticas, de las organizaciones y de los profesionales <sup>26</sup>.

## ENFERMERAS DE ENLACE

A pesar de las ventajas que aportan las enfermeras de enlace en el abordaje de las enfermedades crónicas, se necesitan aún posiciones más permanentes de estas enfermeras en todo el sistema sanitario <sup>32</sup>.

Para aumentar, mejorar y establecer de forma permanente el número de puestos de las enfermeras de enlace es necesario mayor financiación, así como para establecer la gestión de cambio necesaria para la implementación de estos roles <sup>32</sup>. Es necesario una gran reforma de los sistemas de atención sanitaria, algo que a aún no está al alcance de los gobiernos de muchos países desarrollados <sup>32</sup>.

Otros de los obstáculos principales para la implementación de las enfermeras de enlace es la necesidad de mayor preparación y la adquisición de más habilidades y mayor experiencia para atender a la población con enfermedades crónicas y ofrecerles atención en el domicilio <sup>35</sup>. Por último, una de las barreras fundamentales es la restricción que existe en el área de rendimiento y la descripción de su trabajo <sup>35</sup>.

## ENFERMERAS DE PRÁCTICA AVANZADA

Al igual que en los roles anteriores una de las barreras principales para la implementación definitiva y clara de la enfermera de práctica avanzada es la falta de claridad de este rol de enfermería. También existe una falta de protección de los títulos de la enfermera de práctica avanzada y obstáculos relacionados con la financiación y la educación en estos roles <sup>41</sup>.

Por otro lado, para la aplicación de las funciones de estos profesionales es necesario una reglamentación ya que con esto se facilita su incorporación en el sistema sanitario. La implementación de unos requisitos educativos, la definición de sus competencias y la formalización de estos roles se consigue mediante la regulación legal. Sin una autorización oficial, las enfermeras no pueden realizar funciones de práctica avanzada de manera oficial y legal <sup>41</sup>.

Actualmente existen funciones que las enfermeras pueden llevar a cabo ya que están capacitadas para ello debido a su formación. Un ejemplo es la prescripción, la cual en España está limitada debido a ley 29/2006 de garantías y uso racional del medicamento y el Real Decreto 954/2015. Esta actividad incrementaría el desarrollo de una práctica avanzada de enfermería efectiva y eficiente, como es el caso de Andalucía, que al tener

una prescripción enfermera regulada, se ha demostrado que aporta calidad y eficiencia al desarrollo asistencial <sup>28</sup>.

Por último, ampliar las funciones de enfermería supone una percepción pública mejorada de esta profesión, ya que las innovaciones atraen a los profesionales y aumenta así el interés por esta carrera, un motivo más para formalizar estos roles con nuevas funciones de trabajo <sup>41</sup>.

#### **4. CONCLUSIONES**

Actualmente, el sistema sanitario se enfrenta a nuevas demandas a consecuencia de los cambios surgidos en la población. El incremento de los avances científicos y tecnológicos y el envejecimiento de la población aumenta la probabilidad de desarrollar enfermedades crónicas, y genera, en la mayoría de los casos, situaciones de dependencia y discapacidad.

Por ello, se hacen necesarias nuevas estrategias en el sistema sanitario, que permitan que la persona deje de ser un sujeto pasivo y adquiera un rol más activo en su enfermedad, fomentando su empoderamiento y también el de sus familias. Para responder a las demandas de este grupo de población, los sistemas sanitarios están optando por la incorporación de “cuidados integrales”, los cuales permiten conseguir resultados eficaces y de calidad. A pesar de los buenos resultados que aporta este enfoque, la atención integrada sigue siendo escasa en los programas de salud.

La incorporación de nuevas figuras de enfermería como la enfermera de enlace, la enfermera gestora de casos y la enfermera de práctica avanzada permitiría alcanzar mejores resultados en el abordaje de las enfermedades crónicas. Ello se debe a que estas figuras participan en la coordinación de los diferentes niveles asistenciales, algo fundamental para las personas con enfermedades crónicas debido a la fragmentación existente entre los servicios del sistema sanitario.

La revisión narrativa realizada permite concluir, que las principales funciones de estas tres figuras de enfermería son la coordinación de los diferentes servicios sociosanitarios, la elección de los recursos comunitarios más adecuados en función de las necesidades de cada paciente, el seguimiento y continuidad de la atención, y el empoderamiento de los pacientes. Tras el análisis de los diferentes artículos, se ha podido observar que resulta difícil establecer una clara diferencia entre las actividades llevadas a cabo por estos tres roles de enfermería, especialmente entre la enfermera de enlace y la enfermera gestora de

casos. Son necesarios más estudios que identifiquen diferencias entre las funciones llevadas a cabo por estos tres roles de enfermería ya que son consideradas figuras diferentes, pero en muchos casos se habla de ellas como un mismo profesional.

En relación a los beneficios aportados por estas tres figuras de enfermería en la atención a las personas que sufren enfermedades crónicas, se puede concluir, que estos roles son eficaces en la reducción de costes. Esto es debido a que, gracias a sus funciones de educación, asignación de recursos comunitarios y continuidad de la atención, disminuyen los reingresos y admisiones no planificadas. Además, algunos de los estudios analizados establecen que la atención brindada por la enfermera de práctica avanzada podría reducir los costes incluso más que la atención ofrecida por los médicos en este grupo de población.

Asimismo, estos tres roles mejoran los resultados de salud de los pacientes ya que promueven el autocuidado y potencian su autonomía. Por otro lado, gracias a su función educativa, la continuidad en la atención y la confianza que ofrecen estas enfermeras, se mejora el automanejo de las enfermedades crónicas. Esto también repercute en la satisfacción de los cuidadores, ya que, al potenciar la autonomía y el autocuidado, disminuye la sobrecarga de los familiares que participan en el cuidado.

La mayoría de los artículos analizados corresponden a investigaciones cualitativas y artículos de opinión. Por lo tanto, se concluye, que son necesarios más artículos experimentales que evalúen los beneficios aportados por cada una de estas tres figuras en las personas con enfermedades crónicas y sus familiares.

A pesar de las ventajas que aportan estas tres figuras de enfermería a las personas que conviven con enfermedades crónicas y a sus familiares, a día de hoy existen barreras que impiden su correcto desarrollo y una implementación consolidada en el sistema sanitario. En líneas generales, se pueden establecer tres dificultades para su instauración definitiva: la necesidad de una mayor financiación, de una descripción más clara de estos roles, así como de sus competencias; y, por último, la necesidad de una reglamentación y una autorización oficial de estos roles, ya que sin ello estas enfermeras no podrían realizar sus funciones de una manera oficial y legal.

Tras revisar los estudios incluidos en esta revisión cabe señalar que estas tres figuras de enfermería son roles que están en proceso de desarrollo. A día de hoy aun es necesario emprender acciones para que estas enfermeras cobren un papel importante en el sistema

sanitario actual ya que las limitaciones que existen para su implementación impiden que formen parte de él de manera consolidada.

Esta revisión narrativa ha contribuido a poner de relieve los numerosos beneficios que pueden aportar estas tres figuras de enfermería en la atención de personas con enfermedades crónicas y en el sistema sanitario. Por este motivo, la incorporación de estos tres nuevos roles de enfermería en el Sistema Sanitario de España debería ser facilitada por las políticas sanitarias. Con ello se conseguiría aumentar tanto la calidad de vida como la calidad de atención sanitaria en esta población.



## 5. BIBLIOGRAFÍA

1. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud [Internet]. España; 2012 [citado 6 Abr 2020]. Disponible en: <https://bit.ly/2XgkrOj>
2. Organización Mundial de la Salud. Enfermedades crónicas [Internet]. 2020 [citado 6 Abr 2020]. Disponible en: <https://bit.ly/3dXN74J>
3. Barrio Cortes J, Suárez Fernández C, Bandeira de Oliveira M, Beca Martínez MT, Lozano Hernández C, del Cura González I. Utilización de los servicios de salud de atención primaria en los pacientes crónicos según nivel de riesgo. Rev Esp Salud Pública [Internet]. 2019 [citado 6 Abr 2020]; 93. Disponible en: <https://bit.ly/2JHeqSP>
4. Miguélez Chamorro A, Fuster Culebras J, Gómez Picard P, Albertí Homar FM, García Pineda A, Duro Robles R, et al. Plan de atención a personas con enfermedades crónicas. 2016-2021 [Internet]. España; 2016 [citado 6 Abr 2020]. Disponible en: <https://bit.ly/39PTPqd>
5. Riera Armengol L. El etiquetado de pacientes en atención primaria. El caso de la cronicidad. Aten Primaria [Internet]. 2017 [citado 6 Abr 2020]; 49 (9): 508-509. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2017.10.002>
6. Consejería de Sanidad. Estrategia de Atención a Pacientes con Enfermedades Crónicas en la Comunidad de Madrid [Internet]. 2013 [citado 6 Abr 2020]. Disponible en: <https://bit.ly/2xWVTzC>
7. García-Mochón L, Peña-Longobardo LM, del Río-Lozano M, Oliva-Moreno J, Larrañaga-Padilla I, García-Calvente MM. Determinants of Burden and Satisfaction in Informal Caregivers: Two Sides of the Same Coin?. Int. J. Environ. Res. Public Health [Internet]. 2019 [citado 6 Abr 2020]; 16 (22). Disponible en: <https://doi.org/10.3390/ijerph16224378>
8. Sánchez-Martín CI. Cronicidad y complejidad: nuevos roles en Enfermería. Enfermeras de Práctica Avanzada y paciente crónico. Enferm Clin [Internet]. 2014 [citado 6 Abr 2020]; 24 (1): 79-89. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2013.12.007>
9. Batres Sicilia JP, Álvarez Tello M, Gallardo Santos P. De la precisión de cuidados a los cuidados imprescindibles. Las enfermeras gestoras de casos en Andalucía: la

- enfermera comunitaria de enlace. Rev Adm Sanit [Internet]. 2009 [citado 6 Abr 2020]; 7 (2): 313-322. Disponible en: <https://bit.ly/3aRGbEm>
10. Dirección General de Programas Asistenciales. Servicios de Atención Primaria, Planificación y Evaluación. Perfil de la enfermería comunitaria de enlace [Internet] [citado 6 Abr 2020]. Disponible en: <https://bit.ly/39ScO3w>
  11. García- Fernández FP, Arrabal Orpez MJ, Rodríguez Torres MC, Gila Selas C, Carrascosa García I, Laguna Parras JM. Influencia de las enfermeras gestoras de casos en la calidad de vida de las cuidadoras de pacientes pluripatológicos. Gerokomos [Internet]. 2014 [citado 6 Abr 2020]; 25 (2): 68-71. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4321/S1134-928X2014000200004>
  12. Guzys D, Brown R, Halcomb E, Whitehead D. An Introduction to Community and Primary Health Care. [Internet]. 2nd ed. Cambridge University Press: Paperback; 2017 [citado 6 Abr 2020]. Disponible en: <https://bit.ly/3aUqNaq>
  13. Scherlowski Leal David HM, Martínez Riera JR, Herraiz Mallebrera A, de Lima da Costa MF. Case management nurse in Spain: facing the challenge of chronicity through a comprehensive practice. Ciênc. Saúde coletiva [Internet]. 2020 [citado 6 Abr 2020]; 25 (1): 315-324. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020251.29272019>
  14. Fraile Bravo M. Enfermeras gestoras de casos; ¿Esa gran desconocida?. Rev Cient Soc Esp Enferm Neurol [Internet]. 2015 [citado 6 Abr 2020]; 42 (1):1-3. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.sedene.2015.10.001>
  15. Appleby C, Camacho-Bejarano R. Retos y oportunidades: aportaciones de la Enfermera de Práctica Avanzada en la cronicidad. Aprendiendo de las experiencias. Enferm Clin [Internet]. 2014 [citado 6 Abr 2020]; 24 (1): 90-98. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2013.12.008>
  16. Definition and Characteristics of the Role [Internet]. ICN Nurse Practitioner/Advanced Practice Nursing Network. 2001 [citado 6 Abr 2020]. Disponible en: <https://bit.ly/3c4TPV0>
  17. Galao Malo R. Enfermería de Práctica Avanzada en España: Ahora es el momento. Index Enferm [Internet]. 2009 [citado 6 Abr 2020]; 18 (4). Disponible en: <https://doi.org/10.4321/s1132-12962009000400001>
  18. Coronado-Vázquez V, Gómez-Salgado J, Cerezo Espinosa de los Monteros J, Canet Fajas C, Magallón Botaya R. Equidad y autonomía del paciente en las estrategias de atención a personas con enfermedades crónicas en los servicios de salud de España.

- Gac Sanit [Internet]. 2019 [citado 6 Abr 2020]; 33 (6): 554-562. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2018.05.008>
19. Moreno Ortega E, Gamo González MA, García Rodríguez MB, Molano Ortiz C, Muñoz Pariente M, Rodríguez García B. Red de enfermeras gestoras en el Hospital Universitario Infanta Sofía (HUIS): fundamentos y perspectivas. Rev Tesela [Internet]. 2015 [citado 6 Abr 2020]; 18. Disponible en: <https://bit.ly/2JRSzsd>
  20. Trueba-Gómez R, Estrada-Lorenzo JM. La base de datos de PubMed y la búsqueda de información científica. Semin Fund Esp Reumatol [Internet]. 2010 [citado 6 Abr 2020]; 11 (2): 49-63. Disponible en: <https://bit.ly/34CpAlP>
  21. Tutorial de la base de datos PubMed [Internet]. UAM\_Biblioteca. 2019 [citado 6 Abr 2020]. Disponible en: <https://bit.ly/3509iDr>
  22. Tutorial de la base de datos de CINAHL [Internet]. UAM\_Biblioteca. 2019 [citado 6 Abr 2020]. Disponible en: <https://bit.ly/2xV50ky>
  23. CUIDEN [Internet]. Fundación INDEX. 2019 [citado 6 Abr 2020]. Disponible en: <https://bit.ly/3a5Caes>
  24. Campello Vicente C, Del Saz Caja MI, Solano García L. Percepción del equipo de atención primaria de la enfermera gestora de casos en la Vega Alta del Segura. NURE Inv [Internet]. 2015 [citado 6 Abr 2020]; 12 (75). Disponible en: <https://bit.ly/2Vo1SFo>
  25. Junta de Andalucía. Servicio Andaluz de salud. Consejería de salud. Manual de la gestión de casos en Andalucía: enfermeras gestoras de casos en atención primaria [Internet]. 2007 [citado 6 Abr 2020]. Disponible en: <https://bit.ly/3b353Je>
  26. Reina Campos MR, Carrasco Rodríguez A. Abordaje integral de un caso crónico complejo a través de un equipo interdisciplinar en atención primaria. Enferm Clin [Internet]. 2016 [citado 6 Abr 2020]; 26 (1): 38-44. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2015.11.007>
  27. Tortajada S, Giménez-Campos MS, Villar-López J, Faubel-Cava R, Donat-Castelló L, Valdivieso-Martínez B et al. Case Management for Patients with Complex Multimorbidity: Development and Validation of a Coordinated Intervention between Primary and Hospital Care. Int J Integrated Care [Internet]. 2017 [citado 6 Abr 2020]; 17 (2): 1-8. Disponible en: <http://doi.org/10.5334/ijic.2493>
  28. Miguélez-Chamorro A, Casado-Mora MI, Company-Sancho MC, Balboa-Blanco E, Font-Oliver MA, Román-Medina I. Enfermería de Práctica avanzada y gestión de casos: elementos imprescindibles en el nuevo modelo de atención a la cronicidad

- compleja en España. *Enferm Clin* [Internet]. 2019 [citado 7 Abr 2020]; 29 (2): 99-106. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2018.08.005>
29. Solé-Casals M, Chirveches-Pérez E, Alsina-Ribas A, Puigoriol-Juveny E, Oriol-Ruscalleda M, Subirana-Casacuberta M. La continuidad de cuidados desde el hospital de agudos: resultados. *Enferm Clin* [Internet]. 2015 [citado 7 Abr 2020]; 25 (4): 177-185. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2015.04.005>
  30. Chang YY, Dai YT. The efficacy of a flipping education program on improving self-management in patients with chronic obstructive pulmonary disease: a randomized controlled trial. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis* [Internet]. 2019 [citado 7 Abr 2020]; 14: 1239-1250. Disponible en: <https://doi.org/10.2147/COPD.S196592>
  31. Hudon C, Chouinard MC, Dubois MF, Roberge P, Loignon C, Tchouaket E et al. Case Management in Primary Care for Frequent Users of Health Care Services: A Mixed Methods Study. *Ann Fam Med* [Internet]. 2018 [citado 7 Abr 2020]; 16 (3): 232-239. Disponible en: <https://doi.org/10.1370/afm.2233>
  32. McNab J, Paterson J, Fernyhough J, Hughes R. Role of the GP liaison nurse in a community health program to improve integration and coordination of services for the chronically ill. *Aust J Prim Health* [Internet]. 2016 [citado 7 Abr 2020]; 22 (2): 123-127. Disponible en: <https://doi.org/10.1071/PY14089>
  33. Bauer L, Bodenheimer T. Expanded roles of registered nurses in primary care delivery of the future. *Nurs Outlook* [Internet]. 2017 [citado 7 Abr 2020]; 65 (5): 624-632. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2017.03.011>
  34. Vat M, Common C, Laizner AM, Borduas C, Maheu C. Reasons for returning to the emergency department following discharge from an internal medicine unit: perspectives of patients and the liaison nurse clinician. *J Clin Nurs* [Internet]. 2015 [citado 7 Abr 2020]; 24 (23-24): 3605-3614. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/jocn.13011>
  35. Rezapour Nasrabad R. Introducing a new nursing care model for patients with chronic conditions. *Electron Physician* [Internet]. 2017 [citado 7 Abr 2020]; 9 (2): 3794-3796. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.19082/3794>
  36. Lafuente-Robles N, Fernández-Salazar S, Rodríguez-Gómez S, Casado-Mora MI, Morales-Asencio JM, Ramos-Morcillo AJ. Desarrollo competencial de las enfermeras en el sistema sanitario público de Andalucía. *Enferm Clin* [Internet]. 2019 [citado 7 Abr 2020]; 29 (2): 83-89. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2018.12.013>

37. Abraham CM, Norful AA, Stone PW, Poghosyan L. Cost-Effectiveness of Advanced Practice Nurses Compared to Physician-Led Care for Chronic Diseases: A Systematic Review. *Nursing Economics* [Internet]. 2019 [citado 7 Abr 2020]; 37 (6): 293-305. Disponible en: <https://bit.ly/3cg16B5>
38. Zala P, Rütli G, Arampatzis S, Spichiger E. Experiences of Patients with Chronic Kidney Disease and Their Family Members in an Advanced Practice Nurse-Led Counseling Service. *Nephrol Nurs J* [Internet]. 2017 [citado 7 Abr 2020]; 44 (6): 52-530, 543. Disponible en: <https://bit.ly/3bBqnWJ>
39. Schober M. Directrices de enfermería de práctica avanzada 2020 [Internet]. Suiza; 2020 [citado 7 Abr 2020]. Disponible en: <https://bit.ly/2VZFqKq>
40. Martínez-González NA, Djalali S, Tandjung R, Huber-Geismann F, Markun S, Wensing M et al. Substitution of physicians by nurses in primary care: a systematic review and meta-analysis. *Health Serv Res* [Internet]. 2014 [citado 7 Abr 2020]; 14 (1): 214. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/1472-6963-14-214>
41. Maier C, Aiken LH. Expanding clinical roles for nurses to realign the global health workforce with population needs: a commentary. *Isr J Health Policy Res* [Internet]. 2016 [citado 7 Abr 2020]; 5 (21). Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s13584-016-0079-2>
42. Young J, Hulme C, Smith A, Buckell J, Godfrey M, Holditch C et al. Measuring and optimising the efficiency of community hospital inpatient care for older people: the MoCHA mixed-methods study. [Internet]. Vol 8. Southampton (UK): NIHR Journals Library; 2020 [citado 7 Abr 2020]. Disponible en: <https://bit.ly/2RxHMrb>
43. Griffiths PD, Edwards MH, Forbes A, Harris RL, Ritchie G. Efectividad de la atención intermedia en unidades hospitalarias dirigidas por enfermeros [Internet]. Oxford; 2009 [citado 7 Abr 2020]. Disponible en: <https://bit.ly/2JY8jd1>
44. Gray A. Advanced or advancing nursing practice: what is the future direction for nursing?. *Br J Nurs* [Internet]. 2016 [citado 7 Abr 2020]; 25 (1): 8-13. Disponible en: <https://doi.org/10.12968/bjon.2016.25.1.8>
45. Askerud A, Conder J. Patients' experiences of nurse case management in primary care: a meta-synthesis. *Aust J Prim Health* [Internet]. 2017 [citado 7 Abr 2020]; 23 (5): 420-428. Disponible en: <https://doi.org/10.1071/PY17040>